FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 393

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul JOURNIAC

Diplômé de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 3 Juillet 1900, à Paris

Considérations sur la Survie

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26. PARIS (VI^e^ Arr.)

1930

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Raoul JOURNIAC

Diplômé de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 8 Juillet 1900, à Paris

Considérations sur la Survie

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Arr.)

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LŒPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD MARCEL LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	CHABROL	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	de GAUDARD d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
BENARD	Pathologie chirurgicale.	DOGNON	Physique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DONZELOT	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	FEY	Urologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CATHALA	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
		GATELLIER	Pathologie chirurgicale

MM.		MM.	
GIROUD.....	Histologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
HOVELACQUE	Anatomie.	MULON.....	Histologie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	OBERLING...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.	OLIVIER.....	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LABBE HENRI.	Chimie biologique.	PORTES.	Obstétrique.
LAROCHE	Pathologie médicale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE ...	Oto-rhino-laryngologie	RICHET,... ..	Physiologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique	SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie médicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiârite.	VAUDESCAL..	Obstétrique.
LIAN.....	Pathologie médicale.	VELTER.....	Ophtalmologie.
MERCIER (F).	Pharmacologie.	VERNE.....	Histologie.
MILLOT.....	Histologie.	VIGNES.....	Obstétrique
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.		
MOREAU.....	Pathologie médicale.		

III.— Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.	**NEVEU-LEMAIRE**..	Parasitologie
GUENIOT.....	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.....	— —	HEITZ-BOYER.	— —
DEBRE.....	— —	MATHIEU.....	— —
DUVOIR.....	— —	MOCQUOT	— —
FIESSINGER ..	— —	PROUST.....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE	— —	SCHWARTZ	— —
LERI.....	— —	LE LORIER....	— —
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL...	Clinique obstétricale.
BASSET.....	— —	METZGER.....	— —

V.— Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/considerationssu0026raou

A MA MERE

Qu'elle trouve ici le symbole de ma profonde tendresse et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a faits pour mon instruction.

A MON PERE

LE DOCTEUR A. JOURNIAC

Qui est et demeurera pour moi l'exemple de la probité et de l'honnêteté professionnelles. Qu'il trouve ici l'assurance de mon profond amour filial.

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRERES

LE DOCTEUR A. DORLAND

Médecin Chef de l'Institut National des Invalides

LE PROFESSEUR J. L. PECH

de la Faculté de Médecine de Montpellier

A MES ONCLES

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. BALTHAZARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin expert près les Tribunaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur de présider ma thèse. Respectueux hommage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur PIEDELIEVRE

Agrégé

Qui m'a inspiré ce sujet et m'a guidé dans l'élaboration de ce travail, il ne m'a ménagé ni son temps, ni ses conseils ;

Qu'il veuille bien accepter le témoignage de ma respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Le Professeur LEJARS

Le Professeur ACHARD

Le Professeur CUNÉO

Le Docteur GANDY

Le Docteur GIRODE

Le Docteur DEVRAIGNE

Le Docteur CROUZON

Le Docteur TOULOUSE

A MES MAITRES DE L'INSTITUT MEDICO-LEGAL ET DE PSYCHIATRIE

Le Professeur BALTHAZARD

Le Professseur CLAUDE

Le Docteur DUVOIR, *agrégé, médecin des Hôpitaux.*

Le Docteur DERVIEUX, *chef de Travaux...*

Le Docteur PIEDELIEVRE, *agrégé.*

Le Docteur GEILLIER

INTRODUCTION

Assez nombreuses ont été jusqu'ici les études faites sur la survie tant au point de vue juridique qu'au point de vue médical.

Nous n'avons pas l'intention d'en faire une étude complète ; mais nous nous attacherons à montrer qu'au point de vue médico-légal la survie dans les blessures qui causent habituellement la mort immédiate ou rapide, considérée il y a une trentaine d'années comme impossible, doit être admise.

Ensuite nous essayerons d'expliquer ce à quoi peut être due cette survie.

Enfin nous voudrions souligner le rapport étroit qui devrait exister entre le juge et le médecin.

LE POINT DE VUE MEDICO-LEGAL

Les blessures qui entrent dans le groupe des lésions devant entraîner une mort immédiate ou rapide ne réalisent pas toujours les prévisions qui semblent justifiées au premier abord. Un individu reçoit une blessure mortelle et malgré sa blessure peut accomplir certains actes avant de mourir parce que la perte de connaissance n'est pas immédiate. On dira qu'il y a eu survie. En médecine légale cette notion de survie est très importante : on remarque la courte survie et la longue survie que l'on peut expliquer par la nature des lésions. Nous aurons l'occasion de le montrer durant l'étude de ce chapitre.

Nous examinerons donc les blessures du cœur, des grosses artères, du cou, de l'encéphale, de l'abdomen, des poumons.

A. — BLESSURES AU CŒUR

La blessure mortelle du cœur est suivie d'une mort plus ou moins rapide suivant d'abord les conditions anatomiques de la ou des blessures, et ensuite de la

nature de l'instrument cause de celle-ci. C'est ainsi que les blessures des oreillettes sont plus rapidement mortelles que celles des ventricules.

1° *Blessures par instruments piquants et tranchants.*

La gravité de la blessure dépendra de l'instrument employé (instrument piquant, instrument piquant et tranchant), de la violence du coup porté.

Comme le montre un statistique de Loison (*Revue de Chirurgie*, 1899) les blessures du cœur par instrument piquant sont moins mortelles que celles par instrument piquant et tranchant : il rapporte que sur 23 blessures du cœur par pîqûre d'aiguille, 9 ont guéri, alors que sur 90 blessures du cœur par instrument piquant et tranchant, 11 seulement ont guéri, dont une seule sans intervention chirurgicale.

C'est Ambroise Paré qui a publié la première observation de survie après blessure mortelle du cœur : un gentilhomme reçut en duel un coup d'épée dans le cœur, malgré cette blessure il put continuer à combattre quelques instants avant de succomber.

Depuis lors, de nombreuses observations ont été publiées.

Un individu fut blessé d'un coup de dard d'une canne à épée qui lui traversa la paroi abdominale, le foie, le diaphragme et le cœur. Transporté à l'hôpital, il y fut examiné : « Nous fûmes chargés de le voir, et notre examen nous avait conduit à cette conclusion que la blessure ne présentait aucune gravité. Au bout de huit

jours, cet homme qui mangeait et se levait toute la journée voulut sortir de l'hôpital, Richet s'y opposa. Cet homme, furieux fut pris dans la journée d'une crise de délirium tremens et succomba après quelques heures de violente agitation, huit jours après l'accident ». (Brouardel, commentaire à la traduction d'Hoffmann). A l'autopsie on constata la rupture de la cicatrice de sa blessure qui était en voie de formation.

OBSERVATION I

Un cas de survie prolongée à la suite de plaie pénétrante du cœur

(V. Balthazard)

« Dans les baraquements d'ouvriers italiens, près de Villeneuve-Saint-Georges, un ouvrier d'environ 35 ans, B..., est trouvé mourant, le dimanche 6 novembre 1927.

Transporté à l'hôpital de Villeneuve-St-Georges, l'homme présente dans la région thoracique antérieure gauche une plaie de 15 millimètres de longueur, qui a saigné modérément à l'extérieur. Cette plaie paraît avoir été faite peu de temps avant le moment où l'on avait trouvé l'homme malade (15 heures), ayant auprès de lui un couteau Laguiole ouvert.

Le chirurgien examine le blessé à 17 heures. Il a vomi en abondance des macaronis aux tomates, dont la digestion était fort peu avancée. Le pouls est un peu rapide, mais très bien frappé. Il ne peut venir à l'esprit du chirurgien qu'il existe une plaie du cœur et toute idée d'intervention est écartée, d'autant qu'à part la dyspnée du blessé, il n'existe pas de symptômes inquiétants.

Le lendemain, vers 7 heures du matin, la dyspnée augmente rapidement et l'homme succombe.

Autopsie pratiquée le 8 novembre. — Homme vigoureux, bien musclé, non amaigri. La rigidité cadavérique subsiste et la putréfaction n'est pas commencée.

Aucune trace de violence en dehors de la blessure mortelle par coup de couteau dans la région du cœur. On trouve en effet une plaie produite par un instrument piquant et tranchant, longue de 15 millimètres et située à 4 centimètres en dedans, à 1 centimètre au-dessus du mamelon gauche, plaie presque verticale. Les lèvres de la plaie sont nettement sectionnées ; l'extrémité supérieure est mousse et arrondie et correspond au dos de la lame ; l'extrémité inférieure est effilée, nettement occupée et répond au tranchant. Dans la profondeur, la lame s'est enfoncée en sectionnant le bord supérieur du quatrième cartilage costal ; elle a perforé le péricarde, puis le cœur au niveau du ventricule gauche, près du sillon interventriculaire, à 6 centimètres de la pointe. On trouve à ce niveau une plaie mesurant 10 millimètres de longueur, plaie qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi du ventricule, car il existe sur la paroi interne, au milieu des colonnes, un orifice étroit mesurant deux millimètres de longueur et répondant à la pointe de la lame. Cet orifice est obturé presque complètement par un petit caillot fibrineux, ce qui explique sans doute l'arrêt spontané de l'hémorragie et la survie prolongée.

Il existe environ cent grammes de sang dans le péricarde, en grande partie coagulé. Mais ce sang n'a exercé aucune compression sur le cœur, l'excès du sang s'étant écoulé dans la cavité pleurale gauche par la perforation du péricarde. On trouve dans la cavité pleurale gauche, cloisonnée par des adhérences anciennes, deux cents grammes de sang liquide accumulé à la partie inférieure.

Au cœur existe une lésion en rapport avec la plaie du cœur et qu'il est possible d'expliquer, à savoir une suffusion sanguine d'un centimètre et demi de diamètre sous l'endocarde, un peu au-dessous de l'orifice aortique, en un point qui a été atteint par la pointe de la lame pendant la systole. Mais on trouve en outre une lésion aiguë, antérieure à la plaie, sous forme d'une végétation endocarditique des valvules aortiques : les deux valvules opposées à la valvule aortique sont soudées par une végétation de la grosseur d'un pépin de poire, infiltrée de sang. L'examen histologique de cette végétation a montré la structure habituelle de l'endocardite aiguë, mais n'a pas permis de déceler de microbes.

La mort résulte d'une asphyxie consécutive à l'œdème aigu du poumon, sans doute par suite du trouble circulatoire qui résulte de la présence de sang dans le péricarde et dans la plèvre gauche. On note en effet de la congestion pulmonaire et un œdème accentué, la pression faisant sourdre sur la coupe une abondante sérosité. Pas de lésions tuberculeuses en activité.

L'estomac ne renferme que 50 grammes de bile. Le foie est augmenté de volume et l'examen histologique montre les caractères du foie cardiaque au début : dégénérescence graisseuse et congestion dans la zone pari-sus-hépatique ; pas de lésion de cirrhose. La rate est de volume normal, mais elle présente près de son pôle inférieur un infarctus du volume d'une noix, de forme pyramidale classique, paraissant organisé et remontant à une quinzaine de jours avant la mort. La présence de l'endocardite aiguë des valvules aortiques explique l'embolie qui a causé cet infarctus. Les reins ont un aspect normal. Les centres nerveux sont intacts. »

OBSERVATION II

A propos des actes de survie (Kratter)

Malgré un coup de couteau dans le cœur, un gendarme tire son sabre ; celui-ci est arraché par l'agresseur. Le gendarme prend son fusil et tue d'un coup de feu son adversaire. Il s'effondre ensuite.

Comme nous l'avons dit plus haut, la survie peut être plus ou moins longue. Dans la même statistique que précédemment Loison rapporte que sur 77 cas de blessures par instruments piquants et tranchants, 23 ont produit la mort en quelques minutes ; 15 en plus d'une heure ; 29 en un ou plusieurs jours ; 10 après un mois.

Thoinot explique ainsi ces cas de survie :

« La survie s'explique, dans les cas de courte durée,

par le fait que le trajet à travers les fibres compliquées et enchevêtrées du cœur laisse moins facilement écouler le sang que le trajet simple qui perfore les parois d'un gros vaisseau, dont la blessure est toujours plus rapidement mortelle que celle du cœur ; elle s'explique aussi par ce fait que l'hémorragie est médiocre et la compression par l'hématome intra-péricardique très lente. Le blessé peut encore échapper pendant quelque temps au danger de cette compression si l'ouverture péricardique permet au sang de fuser au dehors.

Dans les cas de longue survie, une obstruction partielle de la plaie, un début de cicatrisation, constituent souvent une explication valable ; sous un effort, etc... ultérieur, la plaie se rouvre ou la cicatrice, insuffisante, éclate. La cicatrice peut même céder quand elle est fermée ».

2° *Blessures par coups de feu*

Beaucoup plus graves sont, en général, les blessures du cœur par coup de feu ; elles sont également plus rapidement mortelles que celles par instruments piquants et tranchants. Comment expliquer cette différence ? La raison en est toute simple : Dans une blessure par coup de feu, le choc est plus violent que dans celle par arme blanche, le traumatisme est donc plus important et par conséquent la plaie plus grave. Dans une statistique de Loison, sur 110 blessures par armes à feu, 3 guérisons seulement sont constatées après intervention chirurgicale.

Dans les blessures par armes à feu la survie est plus souvent constatée lorsque la lésion est due à une balle

de petit calibre. C'est ainsi que l'on constate davantage de cas de survie depuis la création des revolvers modernes avec balles de petit calibre qu'auparavant lorsque les criminels ou les désespérés se servaient des vieux pistolets à balles rondes. Pendant cette survie le blessé peut accomplir certains actes.

Vibert en cite un cas très intéressant : il retrouva dans le péricarde d'un homme dont il fit l'autopsie, une balle de revolver qui avait perforé le ventricule gauche. Après avoir reçu cette blessure, il lança à la tête de son adversaire une lampe qui produisit un commencement d'incendie. La scène se passait au rez-de-chaussée. Il eut encore la force d'aller chercher de l'eau dans la cour et d'éteindre le feu ; après quoi il se coucha sur son lit et mourut.

3° *Rupture traumatique du cœur*

Une rupture totale du cœur entraîne la mort immédiate ; mais une rupture partielle du cœur succédant à des contusions est une blessure qui peut causer la mort immédiate ou laisser une certaine survie. Thoinot rapporte que Schuster a relevé 82 cas de rupture du cœur ; la mort fut immédiate dans 24 cas ; 29 fois elle tarda quelques minutes et le blessé put marcher quelques mètres ou courir ; dans d'autres cas le blessé survécut quelques heures et mêmes quelques jours. Il cite un cas rapporté par Hoffmann : Un palefrenier reçoit un coup de pied de cheval qui entraîna une rupture du cœur ; le blessé survécut 10 heures ½.

B. — *BLESSURES DES GROSSES ARTERES*

Ce sont les blessures qui causent la mort la plus rapide en raison de l'hémorragie considérable qui se produit.

Néanmoins, on peut observer des cas de survie qui sont dus à l'arrêt de l'hémorragie grâce à une cause physiologique ou à une cause étrangère : plaie étroite, formation d'un hématome, compression fortuite.

Tourdes en cite plusieurs cas : un homme peut descendre un escalier et faire quelques pas malgré une section de la carotide. Un homme a la veine cave inférieure traversée par une balle de revolver, il ne meurt qu'au bout de 10 minutes. Dans un duel un des adversaires reçoit un coup d'épée dans l'aisselle droite, entre la 3e et la 4e côte. La blessure paraît légère, mais un quart d'heure après le blessé pâlit et meurt. La pointe du fleuret avait ouvert l'aorte du côté droit, sans perforer le vaisseau de part en part ; elle y avait fait une piqûre de 4 millimètres et demi de diamètre, plus étendue aux tuniques moyenne et interne qu'à l'externe. Il existait une quantité considérable de sang dans la gaîne celluleuse, depuis la crosse jusqu'au diaphragme, et une hémorragie dans le médiastin postérieur et le côté droit de la poitrine.

Thoinot rapporte le cas suivant : « La dame M... reçoit, le 30 novembre 1909, un coup de couteau à la paroi thoracique antérieure gauche. Elle ne meurt que le 8 décembre 1909. L'autopsie montre une plaie pénétrante de la paroi thoracique, un hématome pleural gau-

che de 650 grammes, un hématome sus-péricardique, un hématome intra-péricardique de 550 grammes et une plaie de la face antérieure de l'aorte près de la base du cœur. La plaie était presque entièrement obturée par un champignon fibrineux qui ne laissait sur la paroi qu'un fin pertuis conduisant du dehors dans la cavité du vaisseau ».

C'est à ce champignon fibrineux que l'on devait ce cas de survie prolongée.

C. — BLESSURES DU COU

Nous voulons parler de l'égorgement qui laisse d'ordinaire peu de chances de survie. Cependant certains blessés peuvent survivre quelque temps et même guérir, comme nous en citerons un cas, si les gros vaisseaux artériels sont en grande partie épargnés.

OBSERVATION III

Egorgement, section des carotides avec survie permettant à la victime de faire un trajet d'une cinquantaine de mètres

(De M. T.-H. Blench, M. D., médecin-légiste)

« Une jeune fille de 20 ans est trouvée morte d'une blessure au cou par section presque complète des faces antéro-latérales allant jusqu'à une vertèbre cervicale.

La version qui suit, reconnue exacte, fut donnée par la mère de la victime.

La famille se trouvait dans la salle à manger, située au rez-de-chaussée d'une petite maison, lorsque la porte donnant sur la cuisine s'ouvrit pour livrer passage à la jeune fille, dont le cou était

presque entièrement sectionné, et qui s'affala sur une chaise. Le père se précipite pour essayer d'aveugler le sang avec une serviette.

A une première question de la mère, la jeune fille répond « non » par un vague mouvement de tête. La mère réitérant sa question, la victime répond « oui » d'une voix chuchotée. La mort survint alors.

L'autopsie permit de constater que les carotides, les veines, le larynx, l'œsophage ainsi que le disque intervertébral avaient été sectionnés par un coup de rasoir porté obliquement de gauche à droite, le meurtrier tenant la tête de la victime sous son bras gauche.

Le disque intervertébral des quatrième et cinquième vertèbres cervicales est sectionné sur une profondeur de 7 millimètres 5.

Le larynx était coupé exactement entre les cordes vocales supérieures et inférieures, ce qui explique que la victime agonisante ait pu chuchoter « oui » à la question de sa mère.

En suivant les traces sanglantes depuis la salle à manger, en passant par la cuisine, puis par le jardin, on arriva sur la route située en bordure de la maison ; la distance qui sépare l'endroit de l'agression de la salle à manger où la victime expire est de cinquante mètres.

Pour parcourir cette distance, il faut donc admettre une forte rétraction des carotides dans les tissus, rétraction pouvant d'ailleurs trouver son explication dans le fait que l'égorgement a été pratiqué sur le cou en hyperextension.

L'acte criminel a été commis si brutalement que le rasoir à lame pleine qui a servi à l'assassin s'est trouvé cassé en deux endroits différents sur le tranchant ; c'est vraisemblablement au niveau des disques intervértébraux que se sont produites ces cassures.

Ce fait nous a paru assez exceptionnel pour être signalé. »

OBSERVATION IV

Suicide par égorgement avec acte probable de survie ou d'automatisme agonique

(De MM. A. Legendre et Paul Provent)

« Le 22 février 1928, l'un de nous était commis par le Parquet de Coutances pour procéder à l'autopsie du cadavre d'un nommé G..., trouvé dans un taillis.

Par une sage précaution, que l'on ne saurait assez donner en exemple, la gendarmerie avait soigneusement veillé à ce que le cadavre et les objets d'alentour fussent gardés dans le même état qu'ils avaient été trouvés.

Nous nous sommes transportés tous deux sur les lieux, et voici les constatations que, de concert avec la gendarmerie, nous avons faites, l'un officiellement en vertu de la commission dont il était investi, l'autre, officieusement et à titre d'information purement personnelle.

Etat des lieux et levée du corps. — Le cadavre, que l'on nous dit être celui d'un nommé G... Alexandre, âgé de 69 ans, se trouve dans un taillis situé en bordure du chemin de grande communication de Touchet (Manche) à Fougerolles (Mayenne), en un endroit formant ravin, à 80 mètres dudit chemin et à 10 mètres d'un chemin de servitude contournant le taillis.

Le cadavre est dans le décubitus dorsal sur un plan légèrement incliné.

Il est vêtu d'une blouse de toile *déboutonnée au col,* d'un pantalon de drap noir, d'une chemise de toile, dont le *col* rabattu, d'une seule pièce avec la chemise, est *déboutonné* comme celui de la blouse.

Il est chaussé de bottes de cuir noir, un chapeau de feutre noir se trouve à ses pieds.

Il était porteur d'une somme de 71 fr. 55, d'une montre et d'une clef.

Dans la poche droite du gilet se trouve sa cravate,

Les vêtements sont extérieurement en bon état et même paraissent neufs.

Ni la gendarmerie, ni nous, ne relevons *aucune trace de lutte.* Les branchages environnants sont intacts. Comme le dit d'une façon qui ne manque pas de pittoresque, le procès-verbal des gendarmes, « aux abords du cadavre, qui ne paraît pas s'être débattu (sic), nous n'avons pu relever aucune trace de lutte ou d'empreinte laissées. »

Dans une souche d'arbre qui se trouve à un mètre à droite du cadavre à la hauteur des genoux, un couteau de poche, marque Pradel, est planté obliquement à 0 *mètre* 60 *du sol.*

Le tranchant du couteau est médiocre ; l'extrémité légèrement arrondie, ne présente pas une pointe très vive.

La lame et les parties métalliques du manche sont rouillées ; ces taches de rouille peuvent être aussi bien produites par du sang que par l'eau des pluies torrentielles qui s'étaient produites au cours des semaines précédentes.

Le cadavre est en état de putréfaction avancée. Pas de rigidité.

Les tissus de la face ont été dévorés par des rongeurs et des oiseaux de nuit.

Les globes oculaires sont putréfiés et profondément affaissés dans les cavités orbitaires.

Les deux fosses temporales, les deux fosses ptérygo-maxillaires ne contiennent plus que des débris de fibres musculaires. L'os maxillaire est complètement dénudé. La peau du cou est dévorée ainsi que les muscles sous-jacents, jusqu'à une ligne courbe partant des mastoïdes et descendant jusqu'à la hauteur de la partie supérieure du cartillage thyroïde.

Au-dessus de la fourchette du sternum, il existe une plaie ovalaire, dont le plus grand diamètre d'une longueur de 5 à 6 centimètres coïncide à peu près avec l'axe du corps ; le plus petit diamètre a environ 3 centimètres. Cette plaie s'enfonce vers le médiastin antérieur à une profondeur d'environ 8 centimètres. Elle laisse voir la trachée, qui a été dénudée par les oiseaux de proie ou les rongeurs. Les bords de la plaie sont nets, rétractés et parcheminés, d'une teinte brun foncé.

Les vêtements ne portent extérieurement, ni à leur face anté-

rieure, de taches de sang. Mais ces taches ont pu être délavées par les pluies abondantes des jours récents, et nous n'avons pas pu procéder aux réactions révélatrices de ces taches.

Les pluies en question ont été d'ailleurs si abondantes que la cavité buccale est remplie d'un liquide sanguinolent, qui est très vraisemblablement un mélange d'eau de pluie et de sang. La face palmaire des mains, qui sont tournées comme dans la position du soldat sans arme, est complètement macérée ; l'épiderme commence à se détacher par endroits, notamment à l'auriculaire gauche. La face dorsale des mains, qui repose sur le sol humide, est également macérée. Cette macération indique que les mains ont été en contact avec l'eau pendant une quinzaine de jours, étant donnée la saison.

Les herbes et les feuilles mortes sur lesquelles repose le cadavre font une sorte d'humus imbibé de sang.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée dans une grange voisine.

Lorsqu'on déshabille le cadavre on s'aperçoit que la partie antérieure de la chemise a été complètement imbibée de sang actuellement coagulé : les régions pectorale, épigastrique et abdominale montrent les traces d'une large traînée sanglante qui s'étend jusqu'au scrotum ; seul, le col de la chemise qui était, comme nous l'avons vu, déboutonné et échancré, ne porte que quelques petites taches de sang d'un ou deux millimètres de diamètre, de forme circulaire et ne présentant pas l'aspect caractéristique des projections sanguines.

Ce sang provient de la large plaie sus-sternale, les traces qui colorent encore un peu la peau sont surtout accentuées dans la région abdominale. La fosse sous-claviculaire droite est, elle, pleine de sang.

Sur l'abdomen existent de larges taches blanchâtres qui sont vraisemblablement des moisissures, que nous n'avons pas été à même d'identifier, n'en ayant pas pu faire l'examen microscopique.

La région sous-ombilicale est couverte de nombreux « asticots », larves de diptères, probablement de *curtonevral stabulantes.*

La dissection des plans supérieurs de la plaie sus-sternale elle-

même n'apporte aucun renseignement intéressant quant à la direction du coup et l'arme avec laquelle elle a été faite, en raison des délabrements causés par les rongeurs et les oiseaux de nuit, et aussi par la putréfaction.

Le cadavre est en effet en état de putréfaction avancée. La région abdominale ne présente que de très légères taches vertes, mais ces taches sont nombreuses et très marquées sur les jambes. Le ventre est ballonné légèrement et le creux épigastrique affaissé.

Mais si les téguments et les masses musculaires environnant la plaie sus-sternale sont en partie détruits et ne sont par conséquent susceptibles de donner des indications, on aperçoit *sur la trachée deux entailles horizontales sensiblement parallèles, longues d'environ* 1 *centimètre* 1/2 *et se trouvant respectivement entre les cinquième et sixième anneaux et les neuvième et dixième anneaux.*

A gauche, le sterno-cleïdo-mastoïdien, rongé en partie, recouvre le paquet vasculo-nerveux : la carotide primitive est intacte jusqu'à son origine. Il en est de même de la jugulaire. *A droite,* sous le sterno-cleïdo-mastoïdien, *la carotide primitive présente à* 4 *ou* 5 *centimètres au-dessus de la crosse de l'aorte une section très nette* qui n'atteint que la moitié interne de la périphérie du vaisseau. La ligne de section est sensiblement horizontale. C'est là l'origine de l'hémorragie constatée.

Sur le corps, dont la peau présente par larges endroits un certain degré de macération due à l'humidité qui a détrempé le cadavre, aucune trace de violences.

Les mains, calleuses, portent quelques excoriations dues à des cicatrices anciennes, qui ne sont vraisemblablement que les traces de petites plaies d'origine professionnelle, comme on en trouve aux mains des journaliers et des manœuvres. Mais ni sur les mains, ni sur les avant-bras, ni sur aucune partie du corps on ne trouve de plaies dites de défense.

L'examen du larynx et de la trachée permet de constater l'existence de mucosités sanguinolentes.

Les poumons présentent l'aspect gris ardoise des poumons de vieillards. Leur partie déclive montre de la congestion hypostatique, les deux plèvres sont remplies de sang.

Le cœur droit et le cœur gauche sont vides de sang. Le muscle

cardiaque est pâle. Le foie est normal, toutefois légèrement hypertrophié. Nous n'avons malheureusement pas pu recourir à l'épreuve colométrique de Chavigny.

L'estomac contient des débris alimentaires, dans lesquels il est facile de reconnaître des morceaux de viande, dont la digestion n'est pas commencée.

Rien à signaler dans les organes crâniens, si ce n'est qu'un léger épaississement des méninges. Le cerveau est déjà à l'état de masse pâteuse caractéristique de la putréfaction.

Aucune autre particularité anatomo-pathologique intéressante au point de vue médico-légal.

Résultats de l'enquête. — L'enquête à laquelle il a été procédé par la gendarmerie a révélé plusieurs faits intéressants :

Le couteau Pradel trouvé planté dans la souche d'arbre à côté du cadavre a été reconnu par le beau-frère de la victime comme appartenant à cette dernière.

Ce beau-frère, un sieur T..., employait la victime, Alexandre G..., comme journalier, deux fois par semaine ; il ne le payait pas et ne lui accordait pour toute rémunération que la nourriture pendant ces deux jours de travail et le blanchissage.

De fréquentes discussions s'élevaient entre les deux hommes au sujet du travail du sieur G..., que le beau-frère ne trouvait pas assez productif.

Mais quelques témoins ont affirmé que G... était surtout maltraité par sa sœur, la femme T..., âgée de 75 ans.

Elle est signalée comme s'adonnant à la boisson et ne jouissant pas de toutes ses facultés mentales. « Elle est un peu drôle car elle boit », dit un témoin.

Lorsque la gendarmerie se présenta pour l'interroger, elle était en complet état d'ivresse, protestant qu'elle n'était en rien responsable de la mort de son frère.

Le 23 janvier, vers 13 heures, une nouvelle dispute eut lieu, à la suite de laquelle G... quitta la maison de T...

D'après certains témoins, il avait l'intention de se faire admettre à l'Hospice de Fouguerolles.

Vers 13 h. 30, il est aperçu par un hôtelier qui, après avoir

donné la description des vêtements de G... (les mêmes que ceux trouvés sur le cadavre), rappelle ceci : « Le trouvant bien habillé, je lui dis : « Comme tu es beau ; vas-tu à la noce ? » Il me répondit : « Je vais sur Fouguerolles ».

A d'autres encore, il dit qu'il allait à Fouguerolles. L'un des témoins à qui il avait fait part de cette intention déclare qu'il le vit à 14 h. ou 14 h. 30 et qu'il fumait la pipe. Or, on n'a pas trouvé de pipe sur le cadavre.

Aucun ne rapporte qu'il ait manifesté des idées de suicide.

Vers 16 heures, un témoin le vit, vêtu comme son cadavre fut trouvé dans le chemin accédant au taillis où on le découvrit mort, et que, paraît-il, il connaissait bien.

Quant à la date exacte de ces rencontres, aucun témoin ne peut la préciser ; ils estiment qu'elles remontent à trois ou quatre semaines, ce qui nous place autour de la date du 23 janvier indiquée par le beau-frère.

Sur la victime, quelques renseignements intéressants sont donnés.

Outre les traces mentales de sa sœur alcoolique et psychopathe, on signale que lui-même s'adonne parfois à la boisson.

Il passe pour impulsif et emporté : « Il était exalté, dit un témoin, et pour un rien se mettait en colère, mais cette dernière était de peu de durée. »

Il faisait quelquefois des fugues, s'absentant fréquemment de chez son beau-frère et revenant au bout d'une semaine.

Celui-ci explique ainsi pourquoi il ne s'est pas inquiété de sa disparition.

Enfin, détail à noter, donné par le beau-frère, G... était ambidextre : il était droitier pour manger, et gaucher pour travailler.

Ajoutons qu'étant donnés les mauvais traitements dont G... était victime chez son beau-frère, pour qui il était une charge tant que son travail ne couvrait pas les dépenses qui étaient payées par le beau-frère pour lui, la rumeur publique accusait T... de n'avoir pas été étranger à sa mort.

Les enquêteurs avaient donc à se demander s'il s'agissait d'un homicide ou d'un suicide.

Discussion. — La question à résoudre d'après ces éléments était relativement simple. Mais certains des indices relevés, tant au point de vue médico-légal que policier, mettaient en jeu certains problèmes d'ordre général qu'il n'était pas inutile de rappeler, puisqu'ici nous en avons eu la solution aisée, alors que dans d'autres cas, elle en est souvent fugitive et controversée, faute de recoupements entre les différentes catégories de preuve.

Le « diagnostic d'impression » qui se dégage de l'examen de ce cas est qu'il s'agit bien d'un suicide. Encore faut-il le fortifier par le raisonnement en reprenant méthodiquement les preuves de ce diagnostic.

Ces preuves peuvent se classer en deux grandes catégories.

Des preuves matérielles et des preuves morales :

1° Les *éléments matériels* qui militent en faveur du suicide sont de deux ordres :

Des éléments d'ordre policier.

Des éléments d'ordre médico-légal.

a) Les éléments d'ordre *policier* sont les suivants :

Les vêtements ne présentaient aucune trace de lutte ni de déchirure, ni maculatures pouvant faire penser que la victime avait été roulée ou traînée à terre.

Les alentours, le sol, ne présentaient pas non plus de traces de lutte.

Enfin la victime avait le col de sa blouse et de sa chemise largement déboutonnés. Lorsqu'on refermait le col on constatait qu'il recouvrait la presque totalité de la plaie.

Pour admettre l'homicide, il eût fallu supposer que la victime s'était déboutonnée avant d'être assaillie,

Mais cela était contredit par les témoins qui n'avaient pas remarqué que G... fût débraillé lorsqu'il entra dans le fourré, et dont certains, au contraire, s'extasièrent sur sa mise recherchée.

Et surtout on retrouva la cravate de la victime dans sa poche.

On ne pouvait donc pas admettre que le col de la victime avait été déboutonné par l'agresseur, et la cravate mise par lui dans la poche de G..., et rien ne venait établir que C... se fût débraillé si ce n'était lorsqu'il s'était engagé dans le taillis, et pour se frapper lui-même.

De plus, le couteau qui servit à faire la blessure fut reconnu comme étant celui de la victme elle-même.

On ne pouvait pas supposer qu'un agresseur eût pris le couteau de sa victime pour l'en frapper, d'autant plus qu'il n'y avait aucune trace de lutte.

La victime n'a pas été dévalisée.

b) Les éléments d'ordre *médico-légal* excluaient l'hypothèse de l'homicide et confirmaient celle du suicide.

Aucune trace de violence sur le corps. Pas de plaies de défense sur les mains ni d'échappées sur le cou ou la face tout au moins autant que les délabrements *post mortem* des tissus de la face et du cou permettaient de le dire. L'absence de plaies de défense est presque à coup sûr exclusive d'une agression par instrument tranchant lorsque la victime porte une plaie sur la partie antérieure du corps.

La direction très peu oblique et presque verticale du coup militait également très fortement en faveur du suicide. Pour admettre l'homicide il eût fallu supposer que

l'agresseur avait maintenu la tête de la victime très fortement renversée en arrière et de telle façon qu'il pût lui porter sans obstacle un coup vertical de haut en bas, ce qui est fort peu vraisemblable.

Notons que l'état de putréfaction et la forme cadavérique, ainsi que le contenu stomacal permettaient de faire remonter la date de la mort au moment de la disparition de G... et des dernières fois où il fut aperçu par des témoins, dont certains le virent boire et manger.

Nous verrons tout à l'heure les questions médico-légales que pouvaient soulever les autres constatations faites sur le cadavre.

2° Les *éléments normaux* que l'on pouvait relever d'autre part en faveur du suicide étaient les suivants :

La lourde hérédité, notamment l'hérédité collatérale de G..., dont la sœur était alcoolique et déséquilibrée.

L'âge du suicidé, qui pouvait faire entrer son geste dans le cadre bien connu des suicides séniles.

Son alcoolisme probable.

Son impulsivité et ses troubles probables de caractère, ses tendances à la fugue.

Les circonstances qui ont entouré ce drame, les mauvais traitements dont il était l'objet chez son beau-frère, les reproches qu'il en recevait, sa fugue, sa décision d'entrer à l'hôpital et le retentissement affectif que cette éventualité provoque chez les vieillards, tout au moins en France, où un préjugé populaire en fait l'indice d'une déchéance et d'un abandon profonds.

⁂

Ces éléments forment en faveur de l'hypothèse d'un suicide un ensemble de présomptions extrêmement fortes et solides.

Cela nous permet d'aborder rapidement quelques points intéressants de médecine légale, et nous terminerons par l'exposé succinct du problème des actes de survie ou d'automatisme agonique posé par cette autopsie.

Mobiles du suicide. — En général, les enquêteurs font grand cas de la question du mobile du suicide pour savoir s'il est exact que la victime s'est frappée elle-même.

Ici le mobile pouvait se trouver dans le fait de la scène de dispute avec son beau-frère et dans le départ de G... pour l'hospice.

Le caractère incertain et arbitraire des prétendus « mobiles » a été maintes fois signalé et le « mobile » ne saurait être considéré comme un signe pathognomonique du suicide.

Il faut, pour que ce signe puisse être pris en considération, qu'il cadre avec un tableau clinique mental bien déterminé et qu'il fasse partie d'un processus logique en rapport avec l'état mental général du sujet ; en somme, le mobile n'est vraiment à peu près certain que lorsque sa connaissance est superflue à la compréhension du suicide, déjà explicable par l'état psychologique du suicidé.

C'est ce qui se passe dans notre cas, où le suicide s'explique suffisamment par l'état dépressif taré, à la suite de la scène avec le beau-frère et de la perspective d'en-

trer à l'hospice. fait qui n'a vraisemblablement joué qu'un rôle de cause occasionnelle, et non, comme on pourrait le croire, de cause déterminante.

Fugue. — Suicide. — Le tableau clinique présenté au point de vue mental par Alexandre G... offre un nouvel exemple du lien qui existe entre divers troubles des actes, notamment entre la fugue et le suicide et qui se rencontre cependant plus volontiers chez les enfants et les adolescents que chez les vieillards.

Macération des mains par la pluie. — Le degré de macération des mains et des pieds ne doit pas toujours être regardé comme l'indice d'un séjour correspondant du cadavre dans l'eau.

L'immersion peut être locale et la macération peut être due à une autre cause que le séjour du corps dans un cours d'eau.

Il ne faut donc pas conclure en présence d'une macération, à une probabilité d'une immersion *ante* ou *post mortem* si la macération est due simplement à l'eau de pluie. Le cadavre n'a jamais été immergé.

De même Chavigny a signalé en 1923, dans son cours de médecine légale de la Faculté de Strasbourg, le cas d'un sujet repêché très peu de temps après son immersion, et dont seule la plante des pieds et non la paume des mains était macérée : cette macération était simplement due au fait que le cadavre était resté à la Morgue un certain temps porteur de ses chaussures remplies d'eau.

Forme atypique de l'égorgement. — En général, les égorgements suicides se font transversalement, en direction légèrement oblique, la lame sectionnant la gorge de gauche à droite ou de droite à gauche, selon que le sujet est droitier ou gaucher (on se rappelle que G... était ambidextre). Ici, il apparaît que la victime se soit frappée avec la pointe du couteau, au moins deux fois, de haut en bas.

Nous avons dans notre cas une forme atypique d'égorgement suicide, dans laquelle le sujet s'est poignardé en se frappant à la gorge.

Acte de survie ou d'automatisme agonique. — Les enquêteurs admirent longtemps l'hypothèse de l'homicide uniquement en raison de ce que le couteau avait été trouvé planté, à côté de la victime, dans la souche d'arbre. Il leur semblait impossible qu'après avoir été si grièvement blessé, la victime ait pu planter elle-même le couteau.

Même un chirurgien de la région, — et non des moindres, — à qui l'un de nous avait fait part de cette observation, partageait cette opinion.

De nombreuses observations d'actes de survie viennent démentir ce préjugé.

Les mesures, l'expérience qui consistait à mettre le cadavre en position assise sur la place et lui allonger le bras, la présence de sang dans la fosse claviculaire droite, la direction des traînées sanglantes de la région pectorale et épigastrique montraient que le couteau pouvait fort bien avoir été planté par la victime elle-même, se pen-

chant à droite et en avant lorsqu'elle était assise à terre.

Aussi bien l'intérêt de la question réside-t-il dans le point de savoir s'il s'agissait d'un véritable acte de survie ou d'un phénomène d'automatisme agonique, le cadavre s'étant affaissé dans le décubitus dorsal lorsque la rigidité prit fin.

L'acte de survie est raisonné, il semble avoir un but : se réfugier dans sa demeure, se défendre par une contre-attaque, cacher une arme, etc...

L'acte automatique agonique ne semble obéir à aucun dessein, bien que dans certaines circonstances il puisse en imposer pour un acte réfléchi, comme par exemple les gestes agoniques des urémiques, en se débattant, ce couvrent la tête de leur oreiller.

De plus, l'acte agonique est, en général, beaucoup plus bref que l'acte de survie, bien que ce ne soit pas là un critérium différentiel bien sûr.

Ici, le fait de planter un couteau dans une souche d'arbre peut être un acte de survie, geste machinal du paysan qui plante son couteau près de lui après s'en être servi ; nous pensions plus volontiers qu'il s'agit d'un acte automatique, le couteau ayant rencontré fortuitement la souche d'arbre et s'y étant planté, au cours du geste agonique de la victime. Mais l'hésitation est permise.

***

Cette communication donne donc un nouvel exemple de ces actes qui, après une blessure très rapidement mortelle, peuvent passer pour être le fait d'une main étrangère et aiguiller l'enquête sur la piste erronée d'un crime.

Elle donne aussi un exemple de la difficulté, d'ailleurs plus théorique que pratique, que l'on peut rencontrer à distinguer l'acte de survie de l'acte agonique.

Enfin elle nous offre un cas où la concordance des preuves en permet la vérification mutuelle et réciproque, ce qui est une raison pour recommander de nouveau la collaboration de plus en plus étroite du médecin légiste et de la police, collaboration qui seule aboutit à faire constater cette concordance aussi heureuse pour la médecine légale que pour la justice.

Discusion. — M. Dervieux. — Je ne vois pas bien l'intérêt de la distinction ; que l'acte soit automatique ou profondément raisonné, c'est toujours un acte de survie, au point de vue médico-légal ».

OBSERVATION V

Egorgement, avec section complète de la trachée et de l'œsophage, suivi d'enfouissement. Survie, guérison complète en un mois

(Professeur Giraud, d'Alger)

« Si invraisemblable que paraisse l'histoire suivante, elle n'en est pas moins rigoureusement authentique et fera du reste l'objet d'une communication détaillée à la Société de Chirurgie : du seul point de vue médico-légal, elle ne manque pas, croyons-nous, d'un certain intérêt.

Le 2 mai 1929, l'indigène Aït Kaci, âgé de 18 ans, exerçant la profession de colporteur, faisait la sieste à midi sous un arbre, dans un coin écarté d'un bois. Il est surpris pendant son sommeil par des agresseurs qui, après l'avoir maîtrisé et baillonné, l'assomment à coups de pierres, puis l'égorgent, et enfin, le croyant mort, recouvrent son corps d'une épaisse couche de caillasse et

de branches d'arbres. Aït Kaci reste dans cette situation jusqu'au lendemain matin, puis revient à lui, se dégage des pierres qui le recouvrent et, péniblement, regagne son village, situé à quelques centaines de mètres où ses parents, ses amis et son caïd hésitent à le reconnaître, tant sa face et son cou sont tuméfiés. Il est dirigé d'urgence sur l'hôpital civil d'Alger où il entre le 5 au soir (service de M. le docteur Goinard, salle Sédillot, lit 25).

A son entrée à l'hôpital, on constate, en plus de quatre plaies profondes du cuir chevelu et d'une entaille de la main gauche, une plaie béante du cou, d'une longueur de sept centimètres environ *ayant sectionné complètement la trachée et l'œsophage* sans intéresser les deux paquets vasculo-nerveux : le blessé respire par son orifice trachéal tandis que les liquides déglutis ressortent par l'orifice œsophagien. Le chirurgien pratique aussitôt des injections sous-cutanées de sérum anti-tétanique, de sérum glucosé ainsi que d'huile camphrée et, sans grand espoir, place un drain œsophagien en laissant provisoirement la trachée ouverte. La plaie d'égorgement est désinfectée à l'éther ainsi que les quatre plaies contuses du cuir chevelu.

Le lendemain 6 mai, on s'aperçoit que le blessé a avalé le drain œsophagien de 20 centimètres de longueur et toutes les recherches radioscopiques pour le retrouver restent sans résultat. Le chirurgien songe à pratiquer une fistule gastrique, tant pour alimenter le blessé que pour rechercher son drain, mais redoutant un choc opératoire, place seulement un tube de Fauchier à demeure.

On constate à ce moment une autre lésion qui avait échappé au premier examen — et dont le blessé ne se plaignait nullement — qui consistait *en une fracture de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur :* cette fracture fut coaptée par un appareil de prothèse spécial.

L'évolution de ces graves lésions fut des plus surprenantes. Dès le 10 mai au soir, huit jours après l'attentat, la température était redevenue normale et le blessé s'alimentait avec appétit. Le 14 mai, le tube de Fauchier avait été enlevé et le sujet commence *à prononcer quelques mots.* Le 20 au matin, les plaies trachéale, œsophagienne et cutanée étaient presque complètement cicatrisées. Trente jours après l'attentat, le blessé se levait et plaisantait avec

ses camarades, la déglutition était parfaite et la phonation facile.

L'examen laryngoscopique pratiqué quelques jours plus tard montra, en plus d'une légère hémiatrophie linguale due à une section de l'hypoglosse gauche, une simple tuméfaction de l'aryténoïde gauche avec ankylose de l'articulation crico-thyroïdienne : la corde vocale gauche paraissait surélevée, tandis que la droite était normale.

En plus des multiples enseignements médico-légaux qu'elle peut comporter, cette observation montre une fois encore l'extraordinaire résistance des indigènes de l'Afrique du Nord, aux traumatismes et aux complications infectieuses des plaies. »

D. — BLESSURES DE L'ENCÉPHALE

Causées par des instruments contondants ou par coups de feu, ces blessures déterminent ordinairement la mort immédiate par destruction anatomique ou fonctionnelle de cet organe.

Les docteurs Jude et Piédelièvre ont étudié « la pression du liquide céphalo-rachidien dans les blessures du crâne par coup de feu ».

« On constate parfois une contradiction entre le fait qu'une lésion par balle de revolver, qui peut être minime, entraîne une mort subite ou rapide, et le fait que de graves lésions de la substance cérébrale peuvent être suivies d'une vie prolongée. La vitesse d'une balle, et par suite la pression qu'elle exerce en pénétrant dans la boîte crânienne, cavité close et exactement remplie est considérable dans les coups à bout touchant ; les gazs de combustion de la poudre suivent le projectile et peuvent pénétrer à sa suite, augmentant encore cette pression. Nous nous

sommes demandé s'il ne fallait pas voir là la cause de la mort brusque, par une compression du cerveau ou un choc dans le trou occipital de la région bulbo-protubérantielle ».

Ils se sont rendu compte alors de la mobilité du liquide céphalo-rachidien qui transmet rapidement les modifications de la tension de la tête à la région lombo-sacrée, et ils concluent :

« Nous pensons que le projectile et les gaz au moment de la pénétration, augmentent la pression ; mais nous croyons aussi, en raison de la vitesse et de la force de la balle, qu'il y a presque à coup sûr, chez le chien du moins, une hémorragie rapide violente. Cette seconde cause s'ajoute à la première en quelques secondes, ceci est suffisant pour entraîner une compression énorme des éléments nerveux.

Si, au contraire, la balle occasionne un gros délabrement osseux, la pression, par cela même que la paroi osseuse est ouverte, n'est plus si forte ».

Ils ont donc montré que l'hypertension intra-crânienne joue, dans certains cas, un rôle de premier plan, soit par compression brusque de l'encéphale et de la moëlle, soit par une commotion de l'axe nerveux dans le trou occipital.

Vibert rapporte les deux cas suivants : Un homme eut le crâne perforé par un coup de marteau ; plaie du cerveau consécutive intéressant les deux premières circonvolutions frontales gauches sur une longueur de 4 centimètres, une largeur de 2 centimètres et demi et une profondeur d'environ 1 centimètre. Il put dire son nom

et donner quelques indications au juge d'instruction trente heures après le crime. Il mourut le cinquième jour.

Un homme reçoit en arrière de la tête une balle qui traverse entièrement le lobe gauche du cerveau suivant son grand axe, en intéressant les corps opto-striés ; on le retrouve sans connaissance à un kilomètre du lieu du crime, et il meurt au bout de six ou huit heures.

E. — BLESSURES DE L'ABDOMEN

L'individu résiste d'une façon assez singulière aux blessures les plus graves de l'abdomen. Est-ce parce que l'abdomen ne contient pas d'organe dont la destruction ne cause pas la mort immédiate ? Cela est fort possible. Les exemples suivants vont nous montrer que l'être humain résiste à des chocs très violents entraînant des blessures mortelles.

Duvergie cite le cas d'un charretier qui fut écrasé par sa voiture, il en résulta une rupture du diaphragme, une déchirure complète du jejunum et un broiement de la rate ; malgré ces blessures, il put faire deux lieues et ne mourut que le lendemain.

Citons le cas suivant de Tardieu : Un paysan de Lannilis, qui avait déjà fait avorter sa femme plusieurs fois, la fait avorter une nouvelle fois en lui infligeant un formidable traumatisme abdominal. A l'autopsie on constata que le fœtus et les annexes avaient été extraits complètement ; il y avait déchirure du vagin, de l'utérus et du péritoine et arrachement considérable de l'intestin

dont il ne restait plus que 50 centimètres en haut et 8 centimètres en bas. La femme survécut 3/4 d'heure à ce traumatisme.

Cloquet, Orfila et Tardieu furent consultés par le Procureur royal de Quimper, car on doutait que la victime eût survécu à ces blessures. Ils montrèrent que ce cas rare n'était pas exceptionnel. D'après eux, on a vu des aliénés se porter des coups de couteau dans le ventre, ouvrir leur cavité abdominale, en faire sortir leurs intestins qu'ils mutilaient sans être interrompus par la douleur et ils ne mouraient pas immédiatement.

Dans les annales de l'avortement criminel, on cite plusieurs cas d'arrachement utérin non suivis de mort immédiate. Voici l'un :

Un élève se présente comme médecin pour délivrer une femme accouchée depuis trois heures ; il tire sur l'utérus et l'arrache entièrement ainsi qu'une trompe et une partie du ligament large ; cette besogne lui demande 3/4 d'heure ; la femme ne meurt que quelques instants après.

INTÉRÊT MÉDICO-LÉGAL

La question de survie présente un intérêt médico-légal très important.

A) Comment donc un médecin pourra-t-il donner une explication dans un cas de survie ?

Plaçons-nous à deux points de vue : 1° la survie est réelle ; 2° elle est suivie de mort.

1° La survie est réelle. — Un individu atteint d'une blessure mortelle guérit, sans intervention, soit après intervention. Dans le premier cas la plaie se sera cicatrisé suivant une cause X ; dans le deuxième cas une cause X également aura permis de pouvoir attendre l'intervention chirurgicale.

2° La survie est suivie de mort : la question se posera donc à l'autopsie. Nous avons rapporté plus haut l'observation de Vibert au sujet d'une homme qui avait eu le ventricule gauche perforé par une balle de revolver qu'il retrouva dans le péricarde et qui ne mourut que quelques instants plus tard. D'après lui, il est probable que la balle soit restée un certain temps dans la plaie du cœur, empêchant l'hémorragie, et qu'elle soit retombée ensuite dans le péricarde, ce qui expliquerait la mort.

L'intérêt médico-légal repose donc dans l'autopsie. Il faut étudier la nature de la ou des lésions et ne pas oublier de faire la docimasie hépatique. Si on demande au médecin expert de déterminer laquelle de deux personnes est morte la première, il pourra conclure sans réserve que celle dans le foie de laquelle il trouvera du glycogène et du glycose est morte brusquement alors que celle dans le foie de laquelle il ne trouvera aucune trace de matières sucrées a succombé après une longue agonie.

B) Comment un médecin pourra-t-il évaluer le temps de survie ?

La date de la mort nous indiquera en principe combien de temps un individu a pu survivre ; mais comment fixerons-nous cette date ?

a) Par les lésions echymotiques : R. Piédelièvre dans sa thèse « Diagnostic histologique de l'âge des ecchymoses traumatiques » a bien montré l'importance capitale, au point de vue médico-légal, de déterminer l'âge des ecchymoses. Il étudie successivement : les modifications de dimension, de forme et de coloration des globules rouges, la réaction leucocytaire autour de l'extravasation sanguine ; les transformations de l'hémoglobine.

b) Par l'évolution d'une lésion pathologique : il a fallu, par exemple, un certain nombre de jours pour qu'une pneumonie arrive à l'hépatisation grise.

LE PRINCIPE JURIDIQUE DE LA SURVIE

Deux personnes appelées à succéder l'une à l'autre meurent dans un même événement ; il est absolument nécessaire de fixer l'ordre des décès afin que la succession puisse être liquidée. Quelle sera donc celle que sera censée avoir survécu à l'autre ?

Dès l'origine, cette question de survie a préoccupé les législateurs et beaucoup plus tard, nous pouvons même dire à une époque assez récente, le corps médical. Ceci se comprend assez bien, étant donné qu'au moment où les légistes latins fixèrent la jurisprudence romaine, la science médicale était encore très peu développée.

La jurisprudence romaine créa donc arbitrairement la présomption légale de survie, que nous retrouvons encore à la fin du XVIII[e] siècle. Les jurisconsultes romains admettaient deux présomptions : l'âge, le sexe. Le descendant pubère devait survivre à l'ascendant et le descendant impubère devait mourir avant lui : « *Si Lucius titius cum filio pubere, quem solum testamento scriptum heredem habebat, perierit, intelligitur supervixisse filius*

patri. Quod si impuber cum patre filius perierit creditur pater supervixisse. (Digeste, Livre 36). Cependant les juristes n'appliquaient les présomptions de survie qu'en l'absence de témoignages et preuves permettant d'établir l'ordre des décès.

« Les décisions que le droit nous a données, et qui nous renvoient à considérer l'âge et la force de ceux qui ont péri dans un même accident, ne sont que subsidiaires aux circonstances particulières de fait. Car, par exemple, on ne peut pas douter que le feu qui a commencé au premier étage n'y ait consumé ceux qui y couchaient avant ceux qui y étaient au dernier étage et que le fils qui était à l'avant-garde dans la bataille ne soit censé mort avant le père qui était dans l'arrière-garde. Il ne faut pas beaucoup de recherches pour montrer que quand le droit a établi la distinction de la force et de l'âge, il ne l'a fait qu'à défaut de ces circonstances ». (Traité des successions. Livre I, chapitre I. Lebrun).

Citons quelques arrêts rendus :

« Le nommé Thomas Joly, marchand, ayant été tué avec son fils qui était pubère à une attaque qui se fit de quelques retranchements vers la Porte Saint-Marcel de cette ville de Paris, le jour de la Toussaint 1589, sans que l'on pût distinguer d'ailleurs qui était mort le premier des deux, la cour adjuga à la mère la succession mobilière du père qui lui était contestée par un cousin paternel du fils, et jugea que le fils avait succédé ; cet arrêt fut rendu en robes rouges, le 14 août 1591... ».

« Un bateau ayant sombré sur la Loire, et une mère et la fille âgée de quatre ans seulement, ayant été noyées,

par arrêt rendu en l'audience de la grande Chambre, le vendredi de relevée 9 février 1629, qui est rapporté dans le journal de Dufresne, la Cour adjuga la succession mobilière de la mère à ses héritiers collatéraux au préjudice du père et jugea par conséquent que la fille de quatre ans était présumée morte la première dans le commun naufrage... » (Traité des successions. Livre I, chapitre I. Lebrun).

Cependant certaines fois la Justice et les Arrêts variaient suivant le caprice des juges qui déterminaient des présomptions de survie simplement par sentiments d'humanité.

Très rarement, on demanda l'avis du médecin pour savoir lequel des deux individus était mort le premier. En 1660 on demanda quelquefois son avis à Zacchias. En général on s'en tenait au Code romain.

« A la fin du XVIII^e^ siècle, lorsque la Révolution eut bouleversé la société et renouvelé complètement la constitution du pays, il fallut créer un Code qui répondît au nouvel ordre de choses et qui réglât, d'une façon définitive, les rapports des citoyens entre eux, les devoirs et les droits qui leur étaient attribués par les institutions nouvelles. Napoléon I^er^ dirigea la rédaction du Code qui porte son nom, mais si ceux qui ont été chargés de la publication de ce Code ont fait beaucoup de lois nouvelles ils s'inspirèrent encore du droit romain et des Coutumes (des Questions de survie. (Armbruster).

En effet, dans le chapitre des successions, on a jugé nécessaire d'établir des présomptions légales dans les ques-

tions de survie. En somme le Code Napoléon est la reproduction du code romain.

Article 720. — Si plusieurs personnes respectivement appelées à la succession l'une de l'autre périssent dans un même événement sans qu'on puisse reconnaître laquelle est décédée la première, la présomption de survie est déterminée par les cironstances du fait et à leur défaut par la force de l'âge et du sexe.

Article 721. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu. S'ils étaient tous au-dessus de soixante ans, le moins âgé serait présumé avoir survécu. Si les uns avaient moins de quinze ans et les autres plus de soixante ans, les premiers sont présumés avoir survécu.

Article 722. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu lorsqu'il y a égalité d'âge ou si la différence n'excède pas une année. S'ils étaient du même sexe, la présomption de survie qui donne ouverture à la succession dans l'ordre de la nature doit être admise ainsi, le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé.

D'après *l'article* 720, les circonstances de fait sont les premiers éléments auxquels on doit attacher importance. Dans une inondation par exemple, plusieurs personnes trouvent la mort : celles habitant les étages inférieurs sont censées avoir survécu à celles habitant les étages supérieurs. De même dans un incendie commençant par le rez-de-chausée. Naturellement les présomptions ne

sont applicables qu'aux personnes appelées à la succession l'une de l'autre.

Article 721. — Deux enfants, l'un de 8 ans, l'autre de 14 ans meurent dans un incendie ; celui de 14 ans sera censé avoir survécu.

Deux hommes âgés respectivement de 61 ans et 70 ans meurent intoxiqués ; celui de 61 ans sera censé avoir survécu.

Un grand-père âgé de 70 ans et son petit-fils âgé de 13 ans meurent dans un même événement : le petit-fils sera censé avoir survécu.

Article 722. — Deux hommes âgés respectivement de 39 et 42 ans meurent dans un même événement : celui de 39 ans est censé avoir survécu.

Deux époux, le mari ayant 30 ans et la femme 30 ans également meurent dans un même événement : l'homme est censé avoir survécu.

Delahaye a essayé de démontrer le contraire. Le but de son travail a été de déterminer la supériorité vitale de la femme sur l'homme tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique.

D'après lui, la structure anatomique du corps chez la femme et ses fonctions spéciales nous montrent une supériorité vitale. Les femmes ont des vaisseaux lymphatiques beaucoup plus développés ; leurs artères jouissent d'une plus grande énergie que celles de l'homme. La femme paraît avoir une plus grande quantité de sang, ce qui lui donnerait une plus grande résistance. Des hémorragies considérables peuvent ne pas influer trop défavorablement sur la femme. Sa conclusion est que

« ce qui fait la force de la femme est sa prétendue faiblesse même ».

La loi n'a cependant pas prévu toutes les hypothèses. Ainsi une personne de moins de 15 ans et une de plus de 15 ans meurent dans un même événement. Qui aura survécu ? Il faudra donc recourir à l'article 720 pour décider la présomption de survie en faveur de celui qui est dans la force de l'âge, c'est-à-dire en faveur de celui de plus de 15 ans.

Comme le dit Armbruster « Ces articles ont paru indispensables aux législateurs à défaut des preuves constatant l'existence des héritiers au moment où est ouverte la succession qu'ils sont appelés à recueillir et qui sont réclamées par l'article 135. »

Article 135. — Quiconque réclamera un droit échu à un individu dont l'existence ne sera pas reconnue, devra prouver que ledit individu existait quand le droit a été ouvert ; jusqu'à cette époque, il sera déclaré non recevable dans sa demande.

Article 136. — S'il ouvre une succession à laquelle soit appelé un individu dont l'existence n'est pas reconnue, elle sera dévolue exclusivement à ceux avec lesquels il aurait eu le droit de concourir ou à ceux qui l'auraient recueillie à son défaut.

Dans sa thèse Armbruster a voulu mettre en évidence les contradictions qui existent entre le texte de la loi et les conclusions auxquelles sont arrivés les médecins experts. D'après lui, les présomptions légales établies par les articles 721 et 722 du Code Civil sont arbitraires et inutiles. Il faut les rayer du Code sans les remplacer par

d'autres puisque les articles 135 et 136 permettent de trancher équitablement toutes les questions de survie. Les prescriptions médicales doivent être d'un grand poids dans les arrêts rendus par les juges et peuvent suffir à résoudre les problêmes les plus obscurs.

Nous sommes entièrement de son avis, surtout en ce qui concerne les prescriptions médicales. On a l'air d'ailleurs actuellement d'y attacher une plus grande attention.

A notre avis, dans des cas de survie seul devrait compter le rapport médical. Si celui-ci ne pouvait résoudre le problême, alors seulement, il faudrait appliquer la loi.

Lacassagne qui fut appelé à donner son avis dans des consultations médico-légales nous permet de pouvoir citer quelques exemples :

« Les époux Rivoire meurent noyés dans un même accident. Madame Rivoire qui laisse une grande fortune avait institué son mari légataire général et universel, ce par préférence à des parents honorables mais peu aisés. Le testament de Mme Rivoire est-il ou non caduc ?

Un premier expert penche pour la survie de la femme. Lacassagne et d'autres experts, par la suite penchent pour la survie du mari.

L'affaire ne donna pas lieu à un jugement, les deux parties ayant accepté une transaction d'un commun accord ».

« Madame Marcou, 76 ans, Mademoiselle Marcou, sa fille, 49 ans sont assassinées. Elles sont mortes assommées à coup de marteau.

Le premier expert et Lacassagne second expert, ne peuvent affirmer laquelle est morte la première.

Un arrêt est rendu suivant l'article 720 et 722 et Mlle Marcou est présumée avoir survécu à sa mère. Elle recueille donc la totalité de la succession ».

Nous ne pouvons pas terminer cette étude juridique de la survie sans citer *l'article* 727 du Code civil :

« Sont indignes de succéder, et comme tels exclus des successions : 1° Celui qui serait condamné pour avoir donné ou tenté de donner la mort au défunt ; 2° ... »

Au sujet de cet article, un cas bizarre est rapporté par Aubry sous le titre : « D'uxoricide et de libericide suivis du suicide du meurtrier » (résumé) :

Dans la nuit du 11 au 12 septembre 1892, Monsieur X. tue sa femme et ses enfants puis se pend. Entre le crime et le suicide il écrit plusieurs lettres dont une au Procurer qui mérite attention car il y est spécifié qu'il a tué :

1° sa femme ;

2° son fils aîné Henry ;

3° son plus jeune fils Stanislas.

Dans son testament daté du 10 septembre, dont on ne connaît pas la teneur exacte, mais dont on a pu, par des renseignements, reconstituer une partie, il dispose de sa fortune personnelle en faveur de sa famille (cette fortune comporte-t-elle des acquêts de communauté ?) La dot de sa femme doit faire intégralement retour à la famille Y. de sa femme.

Ne savons-nous pas, en effet, que X. a fait un testament deux jours avant le crime, qui, d'après les termes

mêmes, est prémédité. Dans sa lettre au Procureur, il prend soin d'indiquer l'ordre des crimes.

D'après l'article 720 les enfants héritent de leur mère et X. recueille toute la succession.

D'après l'article 727, X. s'étant suicidé ne peut être condamné et hérite par conséquent.

Dans le cas présent, il faut écarter, dit Aubry, le crime ayant le vol pour mobile, car, quelque fou qu'on puisse le supposer, X. n'a pas assassiné sa « femme qui est une sainte et ses enfants chéris » et poussé le dévouement envers ses héritiers jusqu'à se faire disparaître lui-même. De plus la dot de sa femme doit être restituée intégralement à la famille de celle-ci. Mais en admettant que cela soit, il devait hériter.

« Il y a donc dans le texte de la loi une lacune regrettable que nous aimerions à voir combler au nom de la morale ». Au point de vue pratique, il serait presque oisible de poser cette question : la validité du testament.

Comme le disent Lacassagne et Etienne Martin : « Il nous est bien souvent impossible d'apporter une preuve mathématique, mais parfois nous réunissons un faisceau de preuves précises et concordantes. D'ailleurs lorsque les circonstances de fait ne nous paraissent pas suffisantes, nous n'hésitons pas à déclarer l'impossibilité d'apporter une réponse quelconque ».

De l'étude que nous venons de faire, il résulte que :

1° Le rapport médico-légal doit être nécessaire et que les juges doivent se baser sur celui-ci pour rendre leur jugement ;

2° Qu'à défaut d'une réponse affirmative du médecin, les juges devront appliquer les articles 135 et 136 plutôt que les articles 720, 721 et 722 qui ne s'appliquent pas à tous les cas.

CONCLUSIONS

1° Il faut entendre par survie, dans la pratique médico-légale, le fait que certains individus peuvent vivre pendant un certain temps et accomplir des actes raisonnés, alors que les lésions qu'ils présentent paraissent devoir entraîner une perte de connaissance et une mort immédiate.

2° La survie peut se voir dans des blessures du cœur, du cou, des grosses artères, de l'encéphale, etc... Il s'agit de cas rares ; ils doivent être connus de l'expert qui doit en chercher l'explication dans la nature de la blessure, ses dimensions, l'hémorragie. Il ne peut généralement que donner des probabilités.

3° La question de la survie se pose également dans d'autres conditions : pour déterminer qui de deux personnes mortes dans un même accident et appelées à succéder l'une à l'autre, est morte la dernière et par conséquent est héritière, la jurisprudence devrait rendre son arrêt suivant le rapport, qui devrait être obligatoire, du médecin ou des médecins experts.

A défaut d'une réponse affirmative de ceux-ci, alors

seulement les articles 135 et 136 devraient être appliqués de préférence aux articles 720, 721 et 723 qui ne traitent que des présomptions.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de thèse*,
BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

ARMBRUSTER. — Des questions de survie. Thèse Lyon, 1902.

AUBRY. — Archives d'anthropologie criminelle, VII, 1892.

BALTHAZARD. — Précis de médecine légale, 1928.

— Un cas de survie prolongée à la suite de plaie pénétrante du cœur. *Annales de Médecine légale*, 1928.

BAUDRY-LACANTINERIE. — Traité de Droit civil, 1890.

BLEUCH. — Egorgement, section des carotides avec survie, permettant à la victime de faire un trajet d'une cinquantaine de mètres. *Annales de Médecine légale*, 1929.

DALLOZ. — Répertoire de Jurisprudence.

— Code civil annoté.

DELAHAYE. — Survie en faveur du sexe féminin. Thèse Montpellier, 1886.

GIRAUD. — Egorgement, avec section complète de la trachée et de l'œsophage, suivi d'enfouissement ; survie ; guérison complète en un mois. *Annales de Médecine légale*, 1930.

Jude et Piédelièvre. — La pression du liquide céphalo-rachidien dans les blessures du crâne par coup de feu. *Annales de Médecine légale*, 1925.

Kratter. — A propos des actes de survie. *Annales de Médecine légale*, 1928.

Lacassagne. — Affaire Rivoire. *Lyon Médical*, 1883.

— Affaire Marcou. *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1893.

— Précis de médecine légale.

Lebrun. — Traité des successions, 1743-1775.

Legendre et Provost. — Suicide par égorgement avec acte probable de survie ou d'automatisme agonique. *Annales de Médecine légale* 1929.

Piédelièvre. — Diagnostic histologique de l'âge des ecchymoses traumatiques. Thèse Paris, 1921.

Thoinot. — Précis de Médecine légale.

Vibert. — Précis de Médecine légale.

Caen, imp. A. OLIVIER (M. CARON, Direct.), rue Demolombe, 34